

令和2年度 教育・保育給付認定申請書 兼 保育施設等利用申込書

フリガナ

(あて先) 福岡市 福祉事務所長

申請者

(誓約)

私(申請者)は、以下の①～③の項目に同意した上で、教育・保育給付認定及び保育施設等の利用に係る申請について関係書類を添えて申し込みます。

- 利用者負担額決定に際し、地方税法等に係る諸帳簿、台帳を確認されること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額、階層区分及び副食費免除の有無を保育施設等に対して提示すること。
- 4月1日からの利用に係る教育・保育給付認定申請の結果通知が令和2年1月、2月又は3月となること。
- 利用を希望する保育施設等から重要事項の説明を受け、その内容を確認していること。

なお、虚偽の届出をした場合や必要書類を提出しない場合は、教育・保育給付認定及び保育施設等の利用決定を取消しされ(退所させられ)ても異議は申し立てません。

○住所・家族構成・連絡先記入欄

住所・家族構成・連絡先記入欄				申込日	令和	年	月	日
現住所	〒 -			電話番号	自宅			
平成31年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 市内	<input type="checkbox"/> 市外	※市外の場合は、ご記入ください。		父の携帯			
令和2年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 市内	<input type="checkbox"/> 市外	※市外の場合は、ご記入ください。		母の携帯			
					父の職場			
					母の職場			
児童から見た続柄	氏名	自署でない場合の押印欄	生年月日	年齢	職業・学年 利用施設名等	住所 (別居の場合のみ記入)		
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					

※利用希望児童を含め父母及び同居者に住んでいる人全員について記入してください。また、生計を同一とする別居の子も含めて記入してください。

※上記誓約を承諾する場合、15歳以上の方については氏名は自署してください。自署でない場合は氏名横に押印してください。

※年齢、学年等は、令和2年4月1日現在で記入してください。

○利用希望児童・利用希望保育施設記入欄

利用希望児童	① フリガナ 性別		生年月日	年齢	障がい・発達の遅れまたは難病	有・無
	氏名	男・女	年 月 日	歳		
利用希望児童	利用希望期間	(開始) 年 月 日から	(終了) <input type="checkbox"/> 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで			
	現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 家庭内保育 <input type="checkbox"/> 職場内託児所 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 現在利用している施設名 → <input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業施設に該当 ()				
利用希望児童	② フリガナ 性別		生年月日	年齢	障がい・発達の遅れまたは難病	有・無
	氏名	男・女	年 月 日	歳		
利用希望児童	利用希望期間	(開始) 年 月 日から	(終了) <input type="checkbox"/> 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで			
	現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 家庭内保育 <input type="checkbox"/> 職場内託児所 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 現在利用している施設名 → <input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業施設に該当 ()				
利用希望児童	③ フリガナ 性別		生年月日	年齢	障がい・発達の遅れまたは難病	有・無
	氏名	男・女	年 月 日	歳		
利用希望児童	利用希望期間	(開始) 年 月 日から	(終了) <input type="checkbox"/> 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで			
	現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 家庭内保育 <input type="checkbox"/> 職場内託児所 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 現在利用している施設名 → <input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業施設に該当 ()				
希望保育施設	希望順	施設コード	希望保育施設名	面談済確認	<きょうだい児の申込について> ▼ きょうだい児が既に入園している場合 きょうだい児が利用している保育施設以外に申込みがあった場合には、利用調整の結果、きょうだい児で異なる保育施設に利用決定となる場合があります。 ▼ 今回、きょうだい児2人以上同時に利用希望されている方にお尋ねします。 次のA又はBを選択してください。 ※Bを選択する場合は下記のいずれかにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> A 同じ保育施設等での利用を希望する。 (異なる保育施設等では利用を希望しない。) <input type="checkbox"/> B 下記のいずれかにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 利用できる児童が1人だけでも利用を希望する。 ※申立書の提出が必要 (一人だけ利用が決定した場合に、他のお子さんの保育状況(予定)について申立書に記載してください。) <input type="checkbox"/> 異なる保育施設等であっても、きょうだい児全員が同時に利用できる場合は利用を希望する。 (同時に利用できない児童がいる場合は利用を希望しない) ※複数にチェックをされた場合やチェックがない場合は、Aを選択したものとして判断いたします。	
	1			<input type="checkbox"/> (月 日)		
	2			<input type="checkbox"/> (月 日)		
	3			<input type="checkbox"/> (月 日)		
	4			<input type="checkbox"/> (月 日)		
	5			<input type="checkbox"/> (月 日)		
※ 利用決定後に辞退されると、施設に迷惑がかかったり、同じ保育施設等を申込みされた他の方が利用できなくなる場合があります。 希望保育施設等については十分に検討のうえ、利用する意思のある保育施設等を申込みいただくようお願いいたします。 必ずしも第5希望まで申込む必要はありません。						
▼希望保育施設等をいずれにも決定とならなかった場合 <input type="checkbox"/> 1 上記希望保育施設等を利用できるまで待つ。 <input type="checkbox"/> 2 上記希望保育施設等以外の保育施設等を希望する。 (希望保育施設等変更届の提出が必要。) <input type="checkbox"/> 3 保育施設等利用以外の方法を検討する。 () ※複数にチェックをされた場合やチェックがない場合は1で判断いたします。						

※申込前に必ず、希望される保育施設等をお子さんと一緒に見学し、面談を受けてください。

利用希望 曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	※日曜日は保育を行わない施設があります。
利用希望 時間	<input type="checkbox"/> 保育標準時間を選択できる保育要件だが、特に保育短時間を希望する。 ※保育短時間しか認定できない要件の場合は希望の表示がなくても「保育短時間」で認定します。	

次の項目に該当する場合はご記入ください。(必要書類の添付をお願いします。)

父または母が同居していない理由	<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()	単身赴任先住所(父 母) ()	→ <input type="checkbox"/> 市外のみ住民票添付
生活保護又は特定中国残留邦人等の支援給付	<input type="checkbox"/> 適用あり 担当()	→ <input type="checkbox"/> 証明書類 保護受給証明書など	
障がい児(者)が同居している世帯	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する (障がい児(者)名)	→ <input type="checkbox"/> 証明書類 【証明書類の例】 障害者手帳、特別児童扶養手当証書、障害年金証書等の写し	
市の第3子優遇事業：副食費免除を希望しない	<input type="checkbox"/> 希望しない	令和2年度 幼稚園等の申込	<input type="checkbox"/> あり

保育の必要性について、下記にご記入ください。

※ 該当する区分にチェックをし、必要事項を記入。父母それぞれについて、例示している証明書類を添付してください。
※ 通勤・通学・通院時間については、自宅から職場・学校・病院までの時間を記載してください。

区分	父の状況	母の状況
<input type="checkbox"/> 就労 → <input type="checkbox"/> 証明書類	<small>【雇用されている方、雇用予定・復職予定の方】就労及び復職(予定)証明書 【自営業・農漁業の方】就労申告書、事業内容がわかる書類 【内職をしている】就労申告書 【求職中の方】誓約書兼就職活動報告書</small>	
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 育児休業取得中(復職予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 就労先決定済 <input type="checkbox"/> 求職活動中・求職活動予定	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 育児休業取得中(復職予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 就労先決定済 <input type="checkbox"/> 求職活動中・求職活動予定
勤務先住所		
通勤方法・時間	片道 時間 分	片道 時間 分
<input type="checkbox"/> 就学 → <input type="checkbox"/> 証明書類	<small>在学証明書又は学生証(写し) 在学時間がわかる書類(カリキュラム等)</small>	
学校名		
就学日数	1か月あたり () 日	1か月あたり () 日
就学時間	午前・午後 () 時 () 分 ~ () 時 () 分	午前・午後 () 時 () 分 ~ () 時 () 分
就学期間	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
通学方法・時間	片道 時間 分	片道 時間 分
<input type="checkbox"/> 出産 → <input type="checkbox"/> 証明書類	<small>母子手帳の写し又は出産(予定)証明書 (母子手帳の写しは「表紙」及び「出産予定日が記載されたページ」が必要)</small>	
出産(予定)日	年 月 日	
出産後の予定	<input type="checkbox"/> 就労予定なし <input type="checkbox"/> 求職活動予定 <input type="checkbox"/> 産休のみ : 年 月 日 復職 <input type="checkbox"/> 育児休業取得(予定) : 年 月 日 復職	
<input type="checkbox"/> 障がい → <input type="checkbox"/> 証明書類	<small>障害者手帳の写し</small>	
障がい名		
手帳の交付	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B (1・2・3)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B (1・2・3)
<input type="checkbox"/> 病気等 → <input type="checkbox"/> 証明書類	<small>診断書(家庭保育ができない理由や期間の記載が必要)</small>	
病名等		
病院名		
状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 常時安静が必要 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他 () (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 常時安静が必要 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他 () (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 介護・看護 → <input type="checkbox"/> 証明書類	<small>①診断書、障がい者手帳(写し)、介護保険証(写し)など ②介護・看護の状況についての申立書</small>	
介護・看護の対象者	氏名 続柄	氏名 続柄
介護・看護の状況	<input type="checkbox"/> 入院または通院している親族に付き添い <input type="checkbox"/> 居宅内介護看護	<input type="checkbox"/> 入院または通院している親族に付き添い <input type="checkbox"/> 居宅内介護看護
介護・看護の日数	1か月あたり () 日	1か月あたり () 日
介護・看護の時間	午前・午後 () 時 () 分 ~ () 時 () 分	午前・午後 () 時 () 分 ~ () 時 () 分
病名・障がい名		
病院・施設名		
介護保険の利用	<input type="checkbox"/> 有 (要介護・要支援 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (要介護・要支援 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無
期間	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
通院方法・時間	片道 時間 分	片道 時間 分
<input type="checkbox"/> その他 → <input type="checkbox"/> 証明書類	<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他 ()	

【福岡市記入欄】

認定対象	父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/>	保育要件	就労 <input type="checkbox"/> (求職) <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 介護看護 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/>
------	---	------	---